NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

┌
└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de

Total de ingresos provenientes de un negocio \$ _____
Gastos del negocio:
a. Estándar del 40% **O** - _____
b. Gastos verdaderos - _____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia ... = _____

Total de ingresos basados en incapacidad/discapacidad no ganados (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____
Deducción de \$225 - _____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad que no están exentos **O** = _____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 = _____

Total de ingresos ganados \$ _____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) + _____
Subtotal = _____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (de la parte de arriba) - _____
Subtotal = _____
Deducción del 50% por ingresos ganados - _____
Subtotal = _____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad que no están exentos (de la parte de arriba) + _____
Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) _____ + _____
+ _____

Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de

1. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____
3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____
4. Subtotal =
5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas sancionadas o sujetas a la regla sobre el MFG*) ... \$ _____
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente) + _____
7. Subtotal de asistencia máxima =
8. **Subtotal de asistencia del mes completo** (La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) .. = _____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____
10. Ajustes: Sanciones del 25% por mantenimiento de hijos - _____
Pago excesivo - _____
Sanciones de Cal-Learn** - _____
Cantidad adicional (bonus) de Cal-Learn** + _____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Línea 8 ó 9 después de los ajustes) = _____

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Continúe usando sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.** Usted recibirá otra notificación que le informe de cualquier cambio en sus beneficios de cuidado de la salud.

Estampillas para comida: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de estampillas para comida. Usted recibirá una notificación por separado que le informe de cualquier cambio en sus beneficios de estampillas para comida.

El recibir solamente Medi-Cal y/o estampillas para comida NO cuenta en su contra hacia los límites de tiempo para recibir asistencia monetaria.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 44-100; 44-314; 44-315